Lane Medical Library

Dauerresultate und Technik der Vesicofixation des Uterus

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Max Rosenthal
aus Jacobshagen in Pommern

Tag der Promotion: 28. Juli 1914

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Bumm.**
Korreferent: Prof. Dr. **Straßmann.**

Meinen lieben Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0022

Um ein klares Bild zu gewinnen über die Dauerresultate, die die Vesicofixation des Uterus bei Retroflexio uteri liefert, habe ich auf Anregung von Herrn Professor Straßmann diejenigen Patientinnen nachuntersucht, bei denen in den letzten 6 Jahren in seiner Klinik eine Vesicofixation ausgeführt wurde.

Bevor ich auf die näheren Ergebnisse dieser Nachuntersuchungen eingehe, darf ich mich wohl zunächst etwas mit der Entwicklung dieser Operationsmethode, mit der diesbezüglichen Literatur der letzten Jahre, sowie mit ihrer Technik beschäftigen.

Die Vesicofixation des Uterus wegen Retroflexio desselben hat ihren Ursprung in der Vaginifixur. Diese ist im Anfang der neunziger Jahre von Dührssen angegeben. Danach wurde die Portio vaginalis mit einer Hakenzange angezogen und auf das vordere Scheidengewölbe quer eingeschnitten. Darauf stumpfe Lösung der Blase von der vorderen Uteruswand, bei der die Plica vesico-uterina sichtbar wurde. Durch diese hindurch wurden eine Anzahl von Suturen in die vordere Wand des Corpus uteri gelegt und, nachdem sie nahe dem vorderen Wundwinkel der diagonal auseinandergezogenen Scheidenwände durch die Scheidenwand geführt waren, auf die Scheidenoberfläche geknüpft.

Die bald darauf angegebene Mackenrodtsche Operation unterschied sich von der Dührssenschen dadurch, daß der Scheidenschnitt nicht quer, sondern in Gestalt eines T angelegt wurde; der Querbalken des T lag an der Stelle des Dührssenschen Schnittes, der Längsschnitt spaltete die vordere Vaginalwand auf die Länge von etwa 5 cm. Die Fixation des Uterus geschah ebenfalls durch die Plica vesico-uterina hindurch. Diese

Fixationsnähte wurden in der Nähe des unteren Winkels der Längswände geknüpft.

Die wichtigste Verbesserung erfuhr die Methode durch die breite Eröffnung der Plica vesico-uterina von Dührssen und Küstner.

Sehr bald änderte Mackenrodt das Verfahren in bedeutungsvoller Weise. Geburtsstörungen schwerer Art, ferner Störungen der Blasenfunktion führten ihn zur Ausbildung seiner Methode der Vesicofixura uteri: Eröffnung der Plica vesico-uterina und Blasenabtrennung, wie beschrieben. Darauf nach Ablösen der Blase in geringer Ausdehnung von ihrem Peritoneum in der unmittelbaren Nähe des die Plica vesico-uterina eröffnenden Querschnittes, Resektion des abgelösten Teiles des Blasenperitoneums und Annähen des Blasenperitoneums quer an die Vorderwand des Uterus in der Höhe der Tubenabgänge mit fortlaufendem Catgutfaden. Darauf wird weiter fortlaufend der übrige Teil des Uteruskörpers mit dem Teil der Hinterwand der Blase vernäht, welcher vorher mit der Cervix in geweblichem Zusammenhange stand. Der Rest der Wunde wird nach Art einer Colporrhaphia anterior vernäht. Später führte Mackenrodt noch die Verkürzung der Ligamenta cardinalia durch Vernähung vor der Cervix hinzu: Nachdem die Blase auf die vordere Wand des Corpus uteri aufgenäht ist, wird neben der Cervix uteri das hier inserierende Ligamentum cardinale breit umstochen, erst auf der einen, dann auf der anderen Seite mit derselben Nadel und demselben Faden vor der Cervix fest verknüpft.

Um besonders spätere Schwangerschaftsstörungen zu vermeiden, fixiert später Dührssen den Uterus hart (1—2 cm) über dem inneren Muttermund an der Scheide, schließt außerdem durch einige Catgutnähte vor den fixierenden Nähten die Plica vesico-uterina.

Die Literatur über die Vesicofixation und überhaupt über die verschiedenen Fixationsmethoden des Uterus bei Retroflexio habe ich im wesentlichen nur während der letzten 10 Jahre berücksichtigt. Sie ist wesentlich geringer als z. B. während des

vorhergegangenen Dezenniums, aber immerhin noch recht umfangreich. Die Urteile und die Wertschätzung der Vesicofixation sind hier recht verschieden. 1904 berichtet Falk über 11 nach Mackenrodt ausgeführte Vesicofixationen: er hat darunter 3 Rezidive; 6 Patientinnen waren völlig geheilt, eine hatte Beschwerden, die auf Hysterie zurückzuführen waren. 4 Geburten bei den operierten Frauen verliefen ohne jede Störung.

1901 empfiehlt Fehling die Vesicofixation außer bei Retroflexio auch als Hilfsoperation bei Prolaps vorzunehmen.

1905 berichtet A. Pinna-Pintor über einen Fall, in dem nach Vesicofixation Schwangerschaft und Geburt glatt verliefen. Zweifel publiziert einen Fall von Uterusruptur nach Vesicofixation.

1907 erklärt Dührssen, daß er die Vaginifixur ausführe als vaginale Vesicofixur: Ein Silkwormfaden durch die vordere Uteruswand, das Blasenperitoneum und die vordere Scheidenwand. Er hat auch über 100 Geburten normal verlaufen gesehen, und empfiehlt daher warm diese Methode.

1908 lehnt A. Meyer jede operative Therapie bei Retroflexio uteri ab; Palm empfiehlt bei komplizierter Retroflexio einen sogenannten Ankerschnitt, eine Kombination der Alexander-Adamsschen Operation mit der Laparatomie.

Straßmann empfiehlt hier die Vesicofixation.

1909 singt Pagenstecher ein Loblied auf die Vaginifixur; über die Vesicofixation hat er selbst keine größeren Erfahrungen.

Im Jahre 1910 ist die Literatur über Vesicofixation verhältnismäßig reich. Ruckert wendet sich gegen sie, indem er einen Fall von schwerer Geburtsstörung nach Vesicifixur mitteilt. In diesem Fall war die Blase sehr hoch hinaufgezogen und der Uterus in seiner Längsachse um 45 ° gedreht. Es mußte in diesem Fall die Sectio caesarea gemacht werden. Auf Grund dieses Falles lehnt er die Ausführung der Vesicifixur bei Frauen im gebärfähigen Alter entschieden ab.

Dützmann dagegen empfiehlt die Ausführung der Ope-

ration nach Martin: die oberste Naht wird durch Scheide, Peritoneum und Uterus, 2 cm oberhalb des inneren Muttermundes durchgelegt, die nächsten 2 Nähte tiefer unten. Als Vorzüge dieser Methode gegenüber der Ventrifixur nennt er die schnellere Ausführung, die geringe Gefahr, das Fehlen von Bauchhernien; gegen die Alexander-Adamssche Operation: Man kann den Uterus und die Adnexe aus den Verwachsungen lösen und auf Erkrankungen hin revidieren. 29 Entbindungen nach dieser Operation sah er ohne Störungen verlaufen.

van der Velde veröffentlicht eine vergleichende Bewertung der Retroflexionsoperationen; er zählt auf und beschreibt 217 verschiedene Operationsmethoden. Die Frage, welche er für die zweckmäßigste hält, läßt er offen. — Auf dem Internationalen Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie in Petersburg empfiehlt Dützmann nochmals die Vesicofixation und hebt ihre guten Resultate hervor. — In der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin verwirft Bröse sie wegen der beobachteten Geburtsstörungen bei allen Frauen im gebärfähigen Alter, wogegen Mackenrodt sie bei richtiger Indikationsstellung sehr lobt. Ebenso empfiehlt sie auch Scott als sichere und ungefährliche Operation.

1911 empfiehlt sie auch Halban; er hat nur wenig Rezidive beobachtet. Besse gibt aus der Göttinger Frauenklinik 50 % Dauerheilungen bei Vesicofixation an, 16 % partielle und 33 % totale Rezidive. Doch ist die Zahl von nachuntersuchten Vesicofixationen, über die er verfügt, nur sehr klein. — Bamberg verteidigt gegenüber Adler und Schauta die Resultate der tiefen Vaginofixation. Er beobachtete danach 87,5 % Dauerheilungen, 3 machten völlig normale Geburten durch und behielten auch nach der Geburt das gute Operationsresultat.

1912 berichtet Czerwenka über eine neue Art der Vesicovaginofixatio uteri, er beschreibt eine abdominale Vesicofixation.

Schon vorher hatte Straßmann eine wesentliche technische Verbesserung und Erleichterung aller vaginalen Operationen angegeben, den sogenannten Lappenschnitt: die Kolpotomie

wird dabei mit einem zungenförmigen Schnitt ausgeführt. Die Basis der Zunge befindet sich oben nahe dem Introitus, der elliptische Bogen ragt bis an den Ansatz des Scheidengewölbes herab. Die Fascie wird wie die Scheide im Bogen umschnitten. Nun wird der Lappen, welcher die Blase völlig deckt, mit einem Tupfer abgeschoben. Die Blasenmuskulatur wird gar nicht oder nur wenig sichtbar. Die Blutung ist unbedeutend; die Seitenkanten des Uterus sind weit zugänglicher. Es zeigt sich dann das Peritoneum, das mit dem Zeigefinger heruntergeholt und eingeschnitten wird.

Die jetzt in der Straßmannschen Klinik übliche Technik der Vesicofixation ist die folgende:

Die Patientin wird in der üblichen Steinschnittlage gelagert; Einführen eines hinteren Blattes und Anhaken und Herunterziehen der Portio.

Sondierung. Ausschabung. In die vordere Muttermundlippe wird ein langer Seidenzügel gelegt, an dessen unteres Ende eine Kochersche Klammer gelegt wird. Die Portio wird mit einer flach gebogenen zweikralligen „Portiozange“ gefaßt; eventuell setzt man jederseits noch eine Kugelzange ein. Starkes Herabziehen der Portio. Die Assistenten halten mit rundlich abgebogenen Seitenhaltern die seitlichen Vaginalwände zurück. Umschneidung eines nach oben offenen bogenförmigen Lappens — untere Grenze etwa an Ansatz des Scheidengewölbes —, der sich nach Durchtrennung einzelner strafferer Bindegewebsfasern leicht abschieben läßt. Als flache Vorwölbung erkennt man jetzt die Blase, die man mit dem Finger oder mit Tupfern nach oben abschiebt. Einzelne seitliche Bindegewebszüge werden mit der Schere durchtrennt und die Blase entweicht dem Gesichtsfelde. Unterhalb der abgeschobenen Blase kommt jetzt die Plica vesico-uterina zu Gesicht, häufig als eine flach halbmondförmige, weißgelbliche Linie zu erkennen. Der Finger erkennt sie an der Verschieblichkeit zweier Serosaflächen gegeneinander. Rechts und links wird die Plica mit je 1 gerieften, aber ungezähnten Klammer gefaßt, vorgezogen und durch einen kleinen

Scherenschlag eröffnet. Die zwei Klammern werden wieder entfernt. Die Schere wird, nachdem man sich mit dem Finger von dem freien Peritoneum überzeugt hat, geschlossen durch die Plicaöffnung geführt und geöffnet herausgezogen. Das sich dabei anspannende Bauchfell wird auf dem Finger nach beiden Parametrien hin gespalten. Bis hierher dauert die Operation bei einiger Uebung knapp 1 Minute. Der Finger tastet jetzt den Uterus ab, löst die vielleicht vorhandenen Verwachsungen, um sodann den Uterus vor die Plicaöffnung zu bringen, was häufig durch Kantenstellung des Uterus gelingt. Im andern Falle setzt man entweder unter dem Schutze der Finger oder besser in die durch Anziehen der Portio sichtbar gemachte Vorderwand des Uterus eine Kugelzange oder legt Catgutzügel ein; die an die Portio eingesetzten Zangen sind jetzt abzunehmen, damit das Corpus uteri nach vorn vorgezogen werden kann, eventuell unter Zuhilfenahme mehrerer in die Vorderwand eingesetzter Kugelzangen. Nach dem Vorleiten des Uterus werden auch die Adnexe dem Auge zugänglich gemacht, oft am leichtesten durch Herausstreifen mit einem Stieltupfer. Ausschließen einer etwa erforderlichen Adnexoperation. Reinigen der Uterusserosa von perimetritischen Strängen und Membranen.

Der 1. Fixationsfaden (Catgut) wird etwa 2 cm unterhalb des Tubenabgangs durch die vordere Wand, also etwas oberhalb der Mitte des Corpus, angelegt; die Nadel wird durch Serosa und oberflächliche Muscularislagen hindurchgeführt; die Enden werden nicht geknotet, sondern durch kleine Klammern jederseits gefaßt. In der gleichen Weise wird 1½ cm tiefer der zweite Faden, also etwas unterhalb der Mitte, gelegt; der dritte Faden liegt am Ansatz der Plica auf dem Uterus, wobei das Peritoneum durchstochen wird. Um die Fäden nicht zu verwechseln, wird der oberste Faden von einer Klammer mit der Spitze gefaßt, der zweite Faden mit der Mitte, der dritte Faden mit dem Kreuzungspunkte. Der dritte Faden dient später dazu, die Plica zu schließen. Der Uterus wird durch die Plicaöffnung zurückgeleitet: Ektropionierung der Plica, Vorziehen mit zwei

Klammern; man überzeugt sich, daß die Adnexe richtig gelagert sind. Die Portio wird an dem Seidenzügel ganz leicht wieder nach vorn gezogen. Sodann wird der erste Faden geknotet, indem er durch das feste Blasenperitoneum, welches angezogen gehalten wird, gelegt wird; der zweite Faden kommt durch den Ansatz des Blasenperitoneums, der dritte schließt die freie Plica. Zu achten ist noch darauf - wie bei der Ventrifixur —, daß kein Netz eingeklemmt wird, eventuell einen Augenblick Beckenhochlagerung; die Bindegewebsplatten werden durch eine tiefe Naht aneinander gelegt. Die Scheidenwände sind mit Catgut geschlossen (fortlaufende Naht). Tamponade der Scheide mit Gaze. Dauerkatheter für 24 Stunden. Die Gaze wird am zweiten Tage entfernt. Aufstehen am 12. bis 14. Tag. Entlassung am 16. Tag.

Nach dieser Methode sind die meisten der von mir nachuntersuchten Patientinnen operiert worden. Die Zahl der Patientinnen, bei denen in den Jahren 1906 bis 1911 eine Vesicofixation ausgeführt wurde, beträgt etwa 375. Leider war es nicht möglich, alle diese zu einer Nachuntersuchung zu bewegen. Die Privatpatientinnen schieden schon von selbst aus; von den anderen war schon ein großer Teil verzogen, so daß sie nicht mehr aufzufinden waren. Noch andere leisteten der Aufforderung keine Folge. Gleich vorweg möchte ich dabei bemerken, daß sich eine Statistik auf Grund derartiger Nachuntersuchungen insofern etwas nach der ungünstigen Seite neigt*, als die ungeheilten Frauen, die noch immer Beschwerden haben, viel leichter geneigt sein werden, einer Aufforderung zur Nachuntersuchung Folge zu leisten, als die beschwerdefreien, da sie die Gelegenheit dann gleich benutzen, um wieder den Rat des Arztes in Anspruch zu nehmen*. Von den etwa 375 Operier-

---

* Weil nur die Frauen der Poliklinik untersucht wurden, die sofort nach der Entlassung die Arbeit aufnehmen und sich auch später nicht schonen; bei den Privatpatientinnen sind deshalb die Dauerresultate erheblich besser.

ten war es daher nur möglich, 94 Frauen (= etwa 25 %) nachzuuntersuchen.

Die Nachuntersuchungen fanden, wie aus den beigegebenen Tabellen hervorgeht, frühestens nach 1½ Jahren statt; bei den meisten Frauen war aber seit der Operation schon eine wesentlich längere Zeit verstrichen, 2—3 Jahre, so daß man sehr wohl von Dauerresultaten sprechen kann.

Die Nachuntersuchungen beschäftigten sich nun zunächst mit dem objektiven Befund: die Fälle, in denen der Uterus gut anteflektiert und beweglich lag, sind als geheilt bezeichnet; die Fälle, in denen er sich retroponiert oder leicht retrovertiert fand, als gebessert; doch werden wir auch diese Fälle schon den beginnenden Rezidiven zuzählen. Lag der Uterus retroflektiert, so ist der Fall unter der Rubrik „Rezidive" eingetragen. Sodann ist auch immer mitgeteilt, wie das subjektive Befinden der Patienten war, ob sie sich geheilt fühlten oder nicht; hier sind ferner berücksichtigt Menstruationsbeschwerden, Ausfluß, Kreuzschmerzen, Beschwerden beim Stuhl und Blasenleiden, nervöse Klagen und Schmerzen beim Coitus.

Da ja in der Literatur mehrfach die Behauptung aufgetaucht ist, daß nach Vesicofixation Geburtsstörungen beobachtet worden sind, so haben wir unser besonderes Augenmerk darauf gerichtet, festzustellen, ob die Patientinnen nach der Operation konzipiert haben — dabei sind die verschiedenen Arten des Coitus reservatus berücksichtigt —, ob sie abortiert, ob sie geboren haben und ob in diesen Fällen Geburtsstörungen, und welcher Art, aufgetreten sind.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind in der Form der folgenden Tabellen zusammengestellt. Aufmerksam machen möchte ich auch noch auf eine Rubrik „Operateur", da die Person des Operateurs offenbar für das Resultat nicht gleichgültig ist. Die Fälle, die von Herrn Professor Straßmann selbst operiert sind, sind durch Professor Str. gekennzeichnet, die Fälle, die von einem Assistenzarzt operiert wurden, durch A.

Tabellen

Lf. Nr.	Name	Operation				am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Nachuntersuchung		
		am	Diagnose	Art d. Operation	Operator						Subjektiv. Befind.	Blasenbeschw.	Menstruation
1	A. K.	1906 23./3.	Retrofl. ut. Descens. ut. et vag.	Vesicofixation Kolporrhaph. ant. et. post.	A.	19./6. 1909	Uterus antefl.	1			sehr gut		Menopause seit 3 Jahren
2	S. H.	15./1.	Retrofl. ut. Descens. der vorder. und hinter. Vaginalwand	Vesicof. Kolporr. ant. et. post.	Pr. St.	„	„	1			sehr gut		Schwund Beginn der Menopause
3	E. R.	28./4.	Retrofl. ut. Prolaps. Vag.	Vesicof. Kolporr. ant. u. post.	A.	„	„	1			gut		
4	J. N.	20./1.	Retrofl. mob.	Vesicofixat.	A.	„	Ut. antefl. Parametritis post.	1			etwas besser	1 Jahr lang nach d. Oper.	schon hat stark
5	A. H.	6./6.	Retrofl. ut. Descens. ut.	Kolporr. ant. et. post.	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			sehr gut		
6	M. R.	13./6.	Retrofl. ut. Prolaps. a. u. p.	Vesicof. Kolporr. ant. und post.	„	„	Ut. antefl. Prolaps Vaginae post. Entbindung	1			sehr gut		
7	M. R.	21./6.	Retrofl. ut. Descens. Vaginae	Vesicof. Kolporraph. ant. u. post.	A.	„	Uter. retroflekt.			1	fühlt sich elend		
8	A. S.	16./3.	Descens. Vag. Retrofl. ut.	Kolp. a. Vesicofixat.	A.	„	Uter. retrovert.		1		sehr gut	häufig Urindrang, schon früher	
9	N. D.	8./8.	Desc. Vag. Kystoma ovarii	Ovariotom. Kolp. ant. u. post. Vesicof.	A.	3./7.	Ut. antefl.	1			gut		

Ausfluß	Kreuzschmerz.	Stuhlbeschwerd.	Nervöse Klagen	Schmerz. beim Coitus	Coitus reservat. etc.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
–	—	leicht		im Beginn								
–	—	—			Spülung	ohne Beschwerd. 1907	1. Mens. III					
+	+	—	Kopfschm.									
–	–	—			Coitus interrupt.	1 Jahr p. op. o. B.	Curettement Ursache n. bekannt					
–	—	+			Spülung	vor $1^1/_2$ Jahr o. B.		künstl. Frühgeb. (Enges Becken)	ja	15 Min.	lebend	o. B.
+	++	—	Kopfschm.		Spülung	vor 2 Jahr o. B.	Curettage					
–	—	—		im Beginn								
–	leicht	—	Kopfschm.			ja, o. B.		31. 5. 09.		1 Tag	lebend	o. B.

Lf. Nr.	Name	Operation				Nachuntersuchung					
		am	Diagnose	Art d. Operation	Operator	am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Subjektiv. Befund	Blasenbeschw.	Menstr.
10	B. K.	2./10.	Retrofl. uteri	Vesicofixat. Resect. Tub. sin.	Pr. St.	3./7.	Ut. antefl.	1			sehr gut		
11	B. R.	21./9.	„	Vesicofixat.	A.	„	„	1			sehr gut		
12	M. B.	8./11.	Retrofl. uteri Mob. Prolaps. Vag.	„	A.	„	„	1			erhebl. gebes.	häufig Harndrang	
13	M. B.	11./10.	Retrofl. uteri fixat.	„	Pr. St.	„	Ut. retrofl. beweglich		1		gut		
14	Cl. Z.	1907 5./1.	Retrofl. uteri	„	„	„	Ut. antefl. beweglich	1			gut		
15	Cl. Sc.	5./4.	Retrofl. uteri Gravidit. tub.	Resect. tub. Vesicofixat.	A.	10./7.	Ut. antefl.	1			erhebl. gebes.	leicht. Dräng.	
16	B. K.	20./3.	Retrofl. uteri fixat.	Vesicofixat.	A.	„	Ut. retrofl. vergröß. Men. III entsprech.			1	schl.	häufig Urindrang, Brenn.	schl h
17	U. M.	13./2.	Desc. uteri et Vaginae Retrofl. uteri	Kolp. ant. u. post. Vesicof.	Pr. St.	„	Ut. antefl. Leichter Desc. der vord. Vaginalw.	1			nicht gut	etwas vor d. Mens.	schl h a 14
18	U. J.	21./4.	Retrofl. uteri mobil.	Vesicofixat.	„	„	Ut. retrovertiert		1		viel besser	Zeitw. Brenn.	
19	M. W.	26./1.	Retrofl. mob.	„	A.	„	Ut. antefl.		1		gut		
20	A. D.	15./5.	Desc. Vag. Retrofl. uteri	Vesicofixat. Kolp. post.	A.	„	Ut. antefl.	1			gut		schl h
21	E. L.	19./9.	Retrofl. uteri	Vesicofixat. Kolp. ant. Vesicofixat.	Pr. St.	17./7.	Ut. antefl., vergröß., Mens. III entsprech.	1			sehr gut		

Absus	Kreuzschmerz.	Stuhlbeschwerd.	Nervöse Klagen	Schmerz. beim Coitus	Coitus reservat. etc.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
–	–	leicht										
–	–	–										
+	–	–										
–	–	–				2 Mal, o. B.		1. leicht 2. 2—3 Wochen 3. früh		1 Tag bezw. $^1/_2$ Tag	tot lebend	o. B. „
–	–	–			Coit. cond.	vor $^3/_4$ Jhr.	Abort Mens. III					
icht	+	sehr gebes.			Coit. cond.							
+	+	+	nervös	+		Schmerz. seit 3 Mon.						
–	gebess.	–	Kopfschm.	ja								
was			„									
–	–	–	„			ja, o. B.		6. 1. 09		7 Std.	lebend	o. B.
–	–	+	Coit. interrupt.									
–	–	–	–			seit 3 Mon. o. B.						

Lf. Nr.	Name	Operation				Nachuntersuchung						
		am	Diagnose	Art d. Operation	Operator	am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Subjektiv. Befind.	Blasenbeschw.	Men-
22	H. R.	19./9.	Retrofl. uteri	Vesicofixat.	Pr. St.	17./7.	Uterus retrovert.		1		gebes.		vo st u. re m
23	M. S.	3./9.	„	„	„	„	Ut. antefl.	1			gut		
24	J. S.	10./10.	Doppelseitig. Adnextumor Retrofl. uteri	Exstirp. Adnex. dextr. Vesicofixat.	„	„	„	1			sehr gut		
25	H. N.	30./5.	Retrofl. mob.	Vesicofixat.	Pr. St.	„	„	1			sehr gut		
26	A. K.	9./9.	Retrofl. uteri mob.	„	A.	„	„	1			sehr gut		
27	A. W.	31./8.	Retrofl. fix.	„	A.	„	„	1			sehr gut		
28	B. W	29./5	Retrofl. uteri Desc. Vaginae	Vesicofixat. Kolporrh. ant. u. post.	Pr. St.	„	„	1			gut		
29	H. St.	20./8.	Retrofl. uteri Desc. Vaginae	Vesicofixat.	A.	„	Ut. retrofl. vergröß. Mens. IV entsprech.			1	gebes.		
30	M. M.	4./1.	Ovarialtumor Retrofl. uteri	Ovariotom. Vesicofixat.	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			sehr gut		
31	Cl. B	1908 9./1.	Retrofl. fix.	Vesicofixat.	„	1909 24./7.	Ut. antefl.	1			sehr gut		fri se sch haf sta je g
32	Cl. H.	1./2.	„	„	A.	„	Ut. retrofl. IV Mens. entsprech.			1	gebes.		

Kreuzschmerz.	Stuhlbeschwerd.	Nervöse Klagen	Schmerz. beim Coitus	Coitus reservat. etc.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
+	—		ja	Coit. cond.							
	leicht				o. B.		vor 1/2 Jhr.		2 Tg.	lebend	o. B.
					ja, o. B.	vorher 4 mal	vor 3 Wochen		1/2 Tg.	lebend	o. B.
				Coit. interrupt.							
etwas		früher, jetzt nicht		Coit. reserv.							
		nervös			ja, 2 Mal, o. B.	2 mal nach 4 bezw. 1 1/2 M.					
					1 Mal, o. B.		30. 7. 08		1 Tg.	lebend	o. B.
		Kopfschm.	ja		seit 4 Mon., o. B.						

Lf. Nr.	Name	Operation				Nachuntersuchung						
		am	Diagnose	Art d. Operation	Operator	am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Subjektiv. Befind.	Blasenbeschw.	Menstr.
33	W. B.	18./12.	Retrofl. uteri	Vesicofixat.	A.	24./7.	Ut. antefl.	1			sehr gut		etv schl ha
34	B. A.	14./1.	Retrofl. mob. Desc. Vaginae	Vesicofixat. Kolp. ant.	A.	„	Ut. retrofl.			1	seit partus schl.		sch h
35	M. C.	19./10.	Retrofl. mob.	Vesicofixat.	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			sehr gut		
36	M. H.	7./8.	Retrofl. fix.	„	A.	„	Ut. antefl. Parametr.	1			gebes.		,
37	H. A.	16./9.	Retrofl. uteri Desc. Vag.	„	Pr. St.	24./7.	Ut. antefl.	1			wesentl. gebes.		
38	S. W.	5./2.	Retrofl. uteri Salpingitis	Vesicofixat. Amputatio ovarii sin.	„	„	„	1			sehr gut		
39	M. F.	9./8.	Retrofl. fix.	Vesicofixat.	A.	„	„	1			„		
40	M. Z.	26./4.	Retrofl. ut.	„	A.	1911 26./1.	„	1			gut	Druck in der Blas.-Gegd.	
41	A. B.	1./5.	Retrofl. fix.	„	Pr. St.	24./1.	„	1			„		un reg mä etv sch ha
42	L. H.	23./3.	Retrofl. ut.	„	A.	„	Ut. retrov.		1		gut, Schm. seit d. 2. Entbindg.		Drä ir Unt
43	A. M.	9./5.	Retrofl. ut. Desc. Vaginae	Vesicofixat. Kolp. ant.	Pr. St.	24./1.	Ut. antefl.	1			sehr gut		Me pa

	Kreuzschmerz.	Stuhlbeschwerd.	Nervöse Klagen	Schmerz. b. im Coitus	Coitus reservat. etc.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
-	+	+	Kopfschm.			ja, o. B.		14. 4. 09.	Wend. Ursache nicht bek.	12h	lebend	o. B.
					Coit. cond.							
			"									
	etwas	Durchfälle			Spül.	vor 1/2 J.	Abort crim.					
vas												
						ja, o. B.		1 1/2 Jahr p. op.		3 Std.	lebend	o. B.
			leicht erregt									
						2 Mal, o. B.		1. 1 Jahr. p. op.	Lös. d. Nachgeburt	1/2 Tag	lebend	o. B.
								2. 1 1/2 Jhr. darauf		"	lebend	angewachs.
ring												

Lf. Nr.	Name	Operation am	Diagnose	Art d. Operation	Operator	Nachuntersuchung am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Subjektiv. Befind.	Blasenbeschw.	Menstr.
44	G. K.	11. 11.	Retrofl. ut. Prolaps. vaginae ant.	Vesicofixat. Kolp. ant.	Pr. St.	26./1.	Ut. antefl.	1			gut		Mer pau
45	E. B.	1909 16./2.	Ovarialtumor Retrofl. ut.	Ovaritom. Vesicofixat.	Pr. St.	„	„	1			„		
46	A. Z.	20./1.	Kyst. ovar. Retrofl. ut.	„	Pr. St.	„	Uterus retrovert.		1		„		etw schr ha
47	E. K.	19. 2.	Retrofl. ut.	Vesicofixat.	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			„		
48	M. L.	7./4.	Retrofl. ut. Prolaps. Rectocele	Vesicofixat. Kolp. ant.	Pr. St.	„	„	1			„		
49	L. S.	17./11.	Retrofl. ut. Prol. Vag.	„	A.	„	Ut. antefl. geringer Prolaps d. vorderen Vaginalw.	1			„		schm hal
50	H. F.	13. 2.	Retrofl. ut. Desc. Vag.	„	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			sehr gut		zu- weil
51	J. L.	2. 3.	Retrofl. ut. Salpingo-oophoritis	Vesicofixat. Resect. Tub.	Pr. St.	„	„	1			„		
52	A. J.	26./5.	Retrofl. mob. Desc. Vag.	Vesicofixat. Kolp. ant.	A.	„	„	1			„		
53	M. L.	7./7.	Retrofl. fix. Prol. Vaginae	Vesicofixat. Kolp. ant. u. post.	Pr. St.	„	„	1			„		
54	A. B.	20./7.	Retrofl. fix.	Vesicofixat.	A.	„	Ut. retrofl.			1	nicht gebess.		schm haf
55	G. S.	12./8.	„	„	Pr. St.	„	Uterus retrovert.		1		gut		jetz nur Tag

Ausfluß	Kreuzschmerz.	Stuhlbeschwerd.	Nervöse Klagen	Schmerz. beim Coitus	Coitus reservat. etc.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
+	+	+										
				zuweilen								
					Spül.							
					Coit. cond.							
					"							
						1 J. p. op. o. B.	Abort M. IV (durch Fall)					
					Spül.							
+	+	+	Frigidität p. op.	ja								
+												

Lf. Nr.	Name	Operation: am	Diagnose	Art d. Operation	Operator	am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Nachuntersuchung: Subjektiv. Befind.	Blasenbeschw.	Menstr.
													lang früh 8 Ta u. se schm hat
56	H. Z.	4. 9.	Retrofl. mob.	Vesicofixat.	A.	26. 1.	Ut. antefl.	1			erhebl. gebess.		
57	P. M.	9./9.	Retrofl. uteri	„	A.	„	Uterus retrovert.		1		gut		schm los gege früh
58	M. S.	15./9.	„	„	A.	„	Ut. antefl.	1			sehr gut		—
59	J. J.	19. 9.	„	„	A.	„	Uterus retrovert.		1		gebess.		—
60	L. R.	27. 9.	Retrofl. ut. Salpingit. et Ocphor dextra	Vesicofixat. Resect. tub. et ovar. dext.	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			schl.	häufig Drängbrenn.	häufi u. schm haft
61	M. O.	1909 1./11.	Retrofl. ut. Perioophoritis	Vesicofixat. Salpingotom dextr.	Pr. St.	1911 26. 1.	„	1			gut	zuweilen Schm.	—
62	A. L.	10./11.	Retrofl. et Prolaps. ut.	Vesicofixat. Kolp. ant.	Pr. St.	26. 1.	„	1			„		—
63	A. N.	13. 11.	Retrofl. ut. Desc. Vag.	„	Pr. St.	„	„	1			nicht gebess.	etwas Drängen	unregelm schm. haft
64	M. B.	1910 21./1.	Retrofl. ut. fix.	Vesicofixat.	A.	1913 7. 4.	„	1			sehr gut		—
65	E. S.	1. 2.	Retrofl. et Prol. ut.	Vesicofixat. Kolp. ant.	Pr. St.	„	„	1			gut		—
66	M. K.	2. 4.	„	„	A.	„	Ut. ant.,kl. Cystocele	1			sehr gut		—

Kreuzschmerz.	Stuhlbeschwerd.	Nervöse Klagen	Schmerz. beim Coitus	Coitus reservat. etc.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
		Kopfschm.			1 J. p. op. o. B.	Abort M. III					
		„		Coit. cond.							
	+										
	+			Spül.							
+	+	nervös									
	+			Coit. cond.							
+		„		„							

Lf. Nr.	Name	Operation am	Diagnose	Art d. Operation	Operator	Nachuntersuchung am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Subjektiv. Befind.	Blasenbeschw.	Menstr.
67	M. R.	11./5.	Retrofl. ut. Prolaps.	Plastik Vesicofixat.	A.	7. 4.	Ut. antefl.	1			gut		
68	H. H.	1./7.	Retrofl. fix.	Vesicofixat.	Pr. St.	„	„	1			„		
69	A. K.	8./7.	„	„	Pr. St.	8. 4.	Ut. antefl. Rechtsseit Parametritis	1			gebess.		un reg mä
70	U. St.	25./11.	„	„	A.	8. 4.	Ut. antefl.	1			gut		
71	L. N.	14./7.	„	„	Pr. St.	8. 4.	Ut. antefl. kleine Vesicoc.	1			nicht geheilt		all Wo
72	A. O.	11./2.	Retrofl. mob.	„	Pr. St.	12./4.	Uterus retrovert.		1		„		sch ha
73	J. B.	10./3.	Retrofl. ut. Desc. Vag.	Vesicofixat. Kolp. ant.	A.	7. 4.	Ut. antefl. kleine Cystocele	1			gut		Me pa
74	M. Qu.	17./3.	Retrofl. mob.	Vesicofixat.	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			„		
75	H. K.	18./3.	Retrofl. ut. Prolaps.	„	A.	„	„	1			zieml. gut		
76	H. Ch	17./5.	„	Vesicofixat. Kolp. ant.	Pr. St.	„	Uterus retrovert.		1		nicht gebes.		se sta
77	L. J.	14./6.	Retrofl. ut. Myom	Myotomie Vesicofixat.	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			gut		
78	M. F.	23./6.	Retrofl. ut. fix.	Vesicofixat.	Pr. St.	„	Ut. retrofl.			1	„		
79	A. O.	17./6.	Retrofl. fix.	„	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			„		sch ha
80	A. W.	27./6.	Retrofl. ut. mob. Cystoma	„	Pr. St.	„	„	1			„		Me pa

	Kreuz-schmerz.	Stuhlbe-schwerd.	Nervöse Klagen	Schmerz. beim Coitus	Coitus reservat. etc.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
+	+											
+	+				Coit. cond.							
				ja								
+	+											
	+	+										
+				ja		o. B.	Abort M. V. Juli 12					
+	+	+										
+						„	Abort M. II 3. 13					
vas	+			+								

Lf. Nr.	Name	Operation				Nachuntersuchung					
		am	Diagnose	Art d. Operation	Operator	am	Objektiv. Befund	geheilt	gebessert	ungeheilt	Subjektiv. Befind.	Blasenbeschw.	Menstru.
81	L. G.	18. 7.	Retrofl. ut. mob.	Vesicofixat.	A.	9./4.	Uterus retrovert.		1		gebess.		
82	M. H.	31. 7.	Retrofl. ut. Pyosalp. sin.	Vesicofixat. Exst. d. Adnexa sin.	A.	„	Ut. retrofl.			1	gut		
83	A. W.	1. 8.	Retrofl. ut. mob.	Vesicofixat.	A.	„	Ut. antefl.	1			„	Brenn.	schr ha
84	M. G.	7. 6.	Retrofl. ut. Prolaps.	Vesicofixat. Kolp. ant.	Pr. St.	„	„	1			„		Men paus
85	E. H.	31./8.	Retrofl. ut mob.	Vesicofixat.	A.	10. 4.	Ut. antefl.	1			„		
86	A. S.	21./9.	„	„	A.	„	„	1			„		alle Woc
87	C. Pf.	4. 10.	Retrofl. ut. Prolaps.	Vesicofixat. Kolp. ant.	A.	„	„	1			sehr gut		
88	J. B.	7./10.	Retrofl. ut. mob.	Vesicofixat.	A.	„	Ut. antefl. kleine Cystocele	1			gut		
89	J. K.	11./10.	„	„	Pr. St.	„	Ut. antefl.	1			„		
90	B. K.	10. 10.	Retrofl. ut. Prol. Vag.	Vesicofixat. Kolp. ant.	A.	„	„	1			ge-bess.		
91	E. Th.	1911 1./12.	Retrofl. ut. mob.	„	A.	„	Ut. retrofl.			1	„		
92	W. St.	7./12.	„	Vesicof.	Pr. St.	„	Uterus retrovert.		1		„		
93	M. F.	18./12.	„	„	A.	„	Ut. antefl.	1			gut		
94	M. W.	25./4.	Retrofl. ut. Prolaps.	Vesicofixat. Kolp. ant. u. post.	A.	„	„	1			„		

Ausfluß	Kreuzschmerz.	Stuhlbeschwerd.	Nervös Klagen	Schmerz. beim Coitus	Coitus reservat. ete.	Gravidität	Abort	Partus	ärztliche Hilfe	Dauer der Geburt	Kind	Nachgeburt
					Coit. cond.							
		+										
+	+	+										
					Coit. interr.							
was												
was												
+												
+	+											
+	+	+										

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich: Operiert wurden in der fraglichen Zeit etwa 375 Patientinnen. Nachuntersucht wurden davon 94 = etwa 25 %.

Davon

Objektiv

geheilt:	Recidive		
	gebessert	ungeheilt	Sa.
71	14	9	94
75 %	15 %	10 %	
	23 = 25 %		

Rezidive

je nach dem Operateur:

Prof. Straßmann	Assistenten
Unter 46 Operierten	Unter 48 Operierten
8 Rezidive	15 Rezidive
= 16 % Rezidive	= 35 % Rezidive
= 84 % Dauerheilungen	= 65 % Dauerheilungen

Subjektives Verhalten

(unabhängig vom objektiven Befund)

geheilt	gebessert	ungeheilt
67	17	70
= 70 %	= 19 %	= 11 %

Objektiv geheilt, aber doch nicht subjektiv

6 = 7 %

Objektiv **und** subjektiv geheilt

64 = 67 %.

Subjektiv geheilt oder gebessert trotz objektiver Nichtheilung

17 = 19 %.

Gravidität trat ein
24 mal.

Geburten
12 = 50 %.

Aerztliche Hilfe dabei
in 3 Fällen = 25 %.

Aborte
11 = 45 %.

Rezidive nach

Geburten	Aborten
4	2
= 33⅓ %.	= 16 %.

Blasenbeschwerden
bei 6 Patientinnen = 8 %.

Zu diesen von mir nachuntersuchten Fällen kann ich noch eine Anzahl Patientinnen hinzuzählen, die im wesentlichen in den Jahren 1904 und 1905 operiert wurden, und die im Jahre 1906 von Herrn Dr. Tribakeit nachuntersucht worden sind. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist mir zur Verwertung gütigst zur Verfügung gestellt worden. Von 62 operierten Frauen gelang es hier, 47 nachzuuntersuchen.

Die Ergebnisse dieser Nachprüfung stelle ich in der folgenden Liste zusammen.

Lf. Nr.	Name	Operation			am	Objektives Resultat		Nachuntersuchung								Bemerkungen
		am	Diagnose	Art der Operation		gebess.	Recidiv	Blasenbeschwerd.	Menstr.-beschw.	Ausfluß	Kreuzschmerz.	Stuhlbeschw.	Nervöse Klagen	Schmerz. b. Coitus	Coit. reservat. etc.	
1	Fr. R.	16./1. 04.	Desc. Vag.	Vesicof. Plastik	6./2. 06.	+	—	+	—	—	—	—	—	+	—	—
2	Fr. H.	18./1. 04.	Retrofl. ut. fix.	Vesicof.	6./3. 06.	+	—	—	—	+	—	—	+	—	-	-
3	Fr. F.	16./2. 04.	Retr. ut. Kyst. ovar. dextr.	Exst. d. Ovar. dextr. Vesic.	„	+	—	—	—	—	—	—			+	—
4	Fr. J.	24./3.	Retr. ut. fix.	Vesicof.	14./3.	—	+	—	+	—	—	+	+	+		—
5	Fr. G.	8./4.	Retr. ut. mob.	„	20./3.	+	—	—	—	+	—	—	—	+	—	-
6	Fr. B.	9./4.	„	„	20./3.	+	—	—	—	—	—	—	—		—	—
7	Fr. O.	28./4. 02.	Retr. ut. mob. Oophoritis duplex	Vesicof. Colp. a. u. p.	6./2.	+	—	+	—	—	—	—	+	+	—	-
8	Fr. G.	29./4. 04.	Retr. ut. Desc. vag.	Vesicof. Kolporroph.	8./2.	+	—	—	—	—	—	+	—	+	—	—
9	Fr. H.	10./5.	Retr. ut Desc. vag.	Vesicof.	15./2.	+	—	+	—	—	—	—	+	-	—	—
10	Fr. B.	24./6.	Retrofl. ut. Descens.	Vesicof. Plastik	10./2.	—	+	—	-	—	—	—	-	-		-

11	Fr. L.	9./7.	Retr. ut. Prol. vag.	Vesicof.	28./2.	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
12	Fr. J.	15./7.	Retr. ut. mob.	,,	15./2.	+	—	+	—	—	—	+	+	—	—	—	
13	Fr. B.	15./7. 06.	Retr. ut. fix. Desc. vag.	Vesicof. Plastik	14./2.	+	—	—	—	—	—	—	+	+	—	—	
14	Fr. Qu.	25./7.	Retr. ut. mob. Prol. vag.	Vesicof. Kolporr.	20./2.	+	—	—	+	—	—	—	+	—	—	—	
15	Fr. C.	17./8.	Retr. ut. fix.	Vesicof.	14./2.	+	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	
16	Fr. H.	6./9.	Retr. ut. Desc.	Vesicof. Plastik	14./2.	+	—	—	—	—	—	—	+	—	+	—	
17	Fr. F.	16./9.	Retrofl. ut.	Vesicof.	20. 2	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	1 Partus	
18	Fr. G.	26./9.	Retrofl. ut. Prolaps	Vesicof. Kolporr. Plastik.	13./2.	+	—	+	—	—	—	+	+	+	—	—	
19	Fr. B.	11./11. 04.	Retroflex. ut. salping.	Vesicof. Resect. Tub.	15./3.	+	—	+	+	—	—	—	—	—	—	—	
20	Fr. F.	23./11.	Retr. ut. fix. Myom	Vesicof. Enucleation	17./2.	+	—	—	—	+	—	—	—	+	—	—	
21	Fr. D.	19./11.	Stumpf-haematom	Exstirp. Vesicof.	17./2.	+	—	+	+	+	—	—	+	—	—	—	
22	Fr. W.	3./12.	Myom. intra-lig. Retrofl.ut.	Enucleation Vesicof.	11./3.	+	—	—	—	—	—	—	—	+	—	—	
23	Fr. O.	1./12.	Retr. ut. fix.	Vesicof.	20. 3.	+	—	—	—	—	--	+	+	—	—	—	

Lf. Nr.	Name	Operation			am	Objektives Resultat		Nachuntersuchung								Bemerkungen
		am	Diagnose	Art der Operation		gebess.	Recidiv	Blasenbeschwerd.	Menstr.-beschw.	Ausfluß	Kreuzschmerz.	Stuhlbeschw.	Nervöse Klagen	Schmerz. b. Coitus	Coit. reservat. etc.	
24	Fr. C.	11. 1. 05.	Retr. ut. Desc. vag.	Vesicof. Plastik	22. 3.	—	+	+	+	—	-	—	+	+	—	—
25	Fr. R.	9./2.	Retr. ut. Prol. vag.	Vesicof.	20./2.	+	—	—	—	—	-	—	·	—	—	- -
26	Fr. H.	24./2.	Retrofl. ut. Prolaps	Vesicof. Plastik	23./3.	+	—	+	—	—	—	+	·	- -	-	
27	Fr. K.	2./3.	Retr. ut. Desc. vag.	Vesicof. Kolp. ant.	22./2.	+	—	+	—	—	—	—	+	—	—	
28	Fr. W.	1./4.	Retrofl. ut.	Vesicof.	21./2.	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	Fr. S.	29./4.	Retr. ut. mob. Prolaps vag.	Vesicof. Plastik	28./2.	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	Fr. W.	16./4.	Retrof. ut.	Vesicof.	13./3.	—	+	+	+	--	+	—	+	+	—	—
31	Fr. F.	2. 6.	Retr. ut. mob. Prol. Vag.	Vesicof. Plastik	28. 2.	+	—	—	—	—	—		+	—	—	—
32	Fr. K.	20./6.	Gravid. tub. Retrofl. ut.	Resect. tub. Vesicof.	28./2.	+	—	—	—	—	—	+	+	-	-	—
33	Fr. W.	20. 7.	Retr. ut. Adnexitis	Ves. Exstirp. adn. sin.	2. 3.	+	· ·	—	+	—	+	—	+	—	—	-

34	Fr. Sch.	20./7.	Retr. ut. mob. Desc. vag.	Vesicof.	3./3.	+	–	+	+	–	+	–	–	–	–	Gravid. Mens. VI.
35	Fr. V.	25./7.	Retr. ut. Paro-varialcyste	Exstirpat. Vesicof.	5. 3.	+	–	–	–	–	–	–	+	–	–	–
36	Fr. Sch.	11. 8.	Retrofl. ut. Oophoritis	Vesicof.	6. 3.	+		+	–	+	–	–	+	–	–	–
37	Fr. N.	11./8.	Retr. ut. mob. Desc. vag.	Vesicof. Plastik	3. 3.	+	–	–		–	+	–	+	–	+	–
38	Fr. G.	15./8.	Retr. ut. mob. Myoma	Vesicof. Enucleation	6. 3.	+	–		–		–	–	–	–	+	–
39	Fr. L.	5./9.	Retrofl. ut. mob.	Vesicof.	6. 3.	+			–	–	–	–	–	–	–	–
40	Fr. G.	16. 9.	Retrofl. ut. Salping. sin.	Vesicof. Res. tub. sin.	,,	+			–	–	–	+	–	–	–	
41	Fr. W.	21./9.	Myom Retrofl. ut.	Enucleation Vesicof.	,,	+	–	–	–	–	–	–	+	–	–	–
42	Fr. N.	27./9.	Retr. ut. mob. Desc. Vag.	Vesic. Colp. a. u. post.	,,	+	–	–	+	–	–	–	–	–	–	–
43	Fr. F.	1./12.	Retrofl. ut. Prol. vag.	Vesicof. Colp. a. u. post.	10./3	+	–	+			–	+	–	–	–	–
44	Fr. W.	6. 12.	Retr. ut. mob.	Vesicof.	,,	+		+	–	–		–	+	–	–	–
45	Fr. Z.	15. 12.	Retrofl. ut.	,,	,,	+		–	–	–	–	–	–	–	–	–
46	Fr. R.	20. 11.	Retrofl. ut. Desc. ant.	Vesicof. Colp. ant.	,,	–	+		–	–	+	+	–	–	+	
47	Fr. Z.	15. 11.	Retrofl. ut. Prol. vag.	Vesicof. Colp. a. u. p.	14. 3.	+	–	–	–	–	+	+	+	–	–	

Aus dieser Zusammenstellung ist im wesentlichen nur zu entnehmen, daß auf 47 nachuntersuchte Fälle 6 Rezidive kamen = 13 %. Das Resultat ist demnach etwas besser als in meiner Nachuntersuchung; woran dies liegt, ist nicht klar, scheint mir aber im wesentlichen darauf zu beruhen, daß seinerzeit nur ganz sichere Retroflexio als Rezidiv gedeutet wurde, nicht jedoch die Retroversio. In diesem Falle wären die Resultate dann so ziemlich gleich, in unserer Zusammenstellung eher noch günstiger. Ueber das subjektive Befinden ist in der Zusammenstellung nichts gesagt, so daß man diesbezügliche Schlüsse nicht ziehen kann.

Auch auf Gravidität, Partus und Abort scheint ein wesentlicher Wert bei der Nachuntersuchung nicht gelegt zu sein: es sind nur einmal 1 Partus und einmal 1 Gravidität vermerkt.

Einigermaßen auffällig ist die ziemlich hoch erscheinende Zahl der Patientinnen, die über Blasenbeschwerden klagten, es sind 16 Fälle unter 47 = ca. 33 %.

Ueberblickt man nun einmal genauer die Ergebnisse unserer Nachuntersuchung, so kommt als wesentlichstes Moment das objektive Resultat in Betracht. Wir finden hier: Von 94 Patienten als absolut geheilt 71 = 75 %; als gebessert — dies sind die Fälle von Retropositio und im wesentlichen geringer Retroversio — 14 Fälle = 15 %; als ungeheilt — Uterus retroflektiert — sehen wir 9 Fälle = 10 %. Wenn man ein übriges tut und die 14 Fälle, die objektiv zwar gebessert, aber nicht als absolut geheilt zu betrachten sind, den Rezidiven hinzuzählt, dann ergibt sich: 23 Rezidive = 25 %. Die Zahl der absoluten objektiven Dauerheilungen würde dann noch immer 71 betragen = 75 %. Es muß dies als ein außerordentlich günstiges Resultat angesehen werden.

Die Zusammenstellungen über die Resultate nach ähnlichem Operationsverfahren, z. B. dem Alexander-Adams, bleiben zum großen Teil hinter diesem Ergebnis zurück.

Besonders zu berücksichtigen ist nun noch der Eintritt etwaiger Rezidive nach einer Gravidität, nach einer Geburt oder nach einem Abort. Wir finden dort, daß nach 12 Geburten

4 Rezidive aufgetreten sind = 33 %. Diese Zahl kann nicht als sehr groß bezeichnet werden. Die Zusammenstellungen der Nachuntersuchungen über ähnliche Operationen, Alexander-Adam usw. geben hierüber nur selten Aufschluß; doch bleiben die Rezidive nach Geburten hinter den 33 % kaum zurück. Nach Aborten, die 11 mal beobachtet wurden, betrug die Zahl der Rezidive gar nur 2 = ca. 15 %.

Zu berücksichtigen ist weiterhin noch die Zahl der Rezidive je nach der Person des Operateurs. Wir finden hier, daß von den von Herrn Prof. Straßmann selbst operierten 46 Frauen nur 8 Rezidive aufwiesen = 16 %; dahingegen zeigten sich bei den von Assistenzärzten operierten Fällen mit 48 Frauen 15 Rezidive = 35 %, also fast das Doppelte. Es ergibt sich daraus, daß die Methode bei einem geübten Operateur noch weit bessere Resultate ergibt, denn die von Herrn Prof. Straßmann selbts operierten Fälle ergeben ja 84 % absolute objektive Dauerheilungen.

Wie viel unter den operierten Frauen Nulliparae waren, wie viel kongenitale Formen von Retroflexio also vorliegen, und wie es bei diesen um die Rezidive stand, darauf ist bei dieser Zusammenstellung nicht geachtet worden.

Ebenso wichtig wie der objektive Befund ist gerade bei dieser Operation auch das subjektive Befinden der Patientin: fühlt sie sich durch die Operation geheilt bzw. gebessert oder kann sie einen günstigen Einfluß derselben nicht bemerken? Wir haben diese Frage immer — unabhängig von dem objektiven Befund — gestellt und dabei ergab sich dann folgendes: Es fühlten sich durch die Operation geheilt: 67 Frauen = 70 %, gebessert 17 Frauen = 19 %. Nichtbesser als früher fanden sich 10 Frauen = 11 %. Die Beschwerden, die hier dann noch in Betracht kamen, waren die üblichen Klagen bei Retroflexio: Ausfluß, Kreuzschmerzen, Stuhlbeschwerden, nervöse Klagen usw., und waren vielfach verursacht durch Coitus interruptus, schwere Arbeit, ungenügende Ernährung usw.

Auch das Ergebnis muß als sehr günstig betrachtet werden. Objektiv und subjektiv völlig geheilt fanden sich 64 Frauen

= 67 %, und dies ist ja natürlich als der Idealzustand zu betrachten. Daß im wesentlichen objektive Heilung und subjektives Wohlbefinden zusammenfallen, ist ein Beweis dafür, daß die vorher geklagten Beschwerden auf die Retroflexio zurückzuführen waren, und daß diese durch die Operation aber behoben sind. Trotz subjektiv guter Lage des Uterus fand sich bei 6 Frauen, daß ihr subjektives Befinden ihrer Ansicht nach noch nicht gebessert war. Woran dies liegt, ist sehr schwer zu entscheiden; doch dürfte in Erwägung zu ziehen sein, ob nicht die nervösen Beschwerden bei einigen von diesen mit in Betracht zu ziehen sind. — Das Gegenstück hierzu bilden 17 Frauen, bei denen objektiv eine Heilung nicht erzielt war, die aber andererseits sich subjektiv geheilt oder doch erheblich gebessert fühlten. Es ist dies wohl so zu erklären, daß in diesen Fällen die Retroflexio nicht allein zu den Beschwerden Anlaß gab, sondern noch andere daneben bestehende Leiden, Verwachsungen, Endometritis, Prolaps usw., durch deren Beseitigung die Patienten sich wesentlich erleichtert fühlten.

Da in der Literatur von Ruckert und Bröse die Behauptung aufgestellt war, die Vesicofixation sei wegen auftretender Geburtsstörungen bei Frauen im gebärfähigen Alter zu verwerfen, so haben wir bei der Nachuntersuchung hierauf unser besonderes Augenmerk gerichtet. Gravidität trat ein bei 24 Frauen. Aus dieser Zahl auf die Konzeptionsfähigkeit und den Einfluß der Vesicofixation auf dieselbe irgendeinen Schluß zu ziehen, ist nicht zulässig; denn einmal ist das Alter der nachuntersuchten Frauen ganz verschieden, viele befinden sich jetzt schon in der Menopause; andererseits war bei einigen Frauen absichtlich eine Sterilisierung vorgenommen und endlich wurden von einer großen Anzahl der Patientinnen antikonzeptionelle Mittel angewandt: Spülungen, Coitus condomatus, Coitus interruptus usw. sind sehr häufig, wie sich auch aus den Tabellen ergibt.

Auch daß die Gravidität in 11 Fällen mit einem Abort endigte, läßt gar keine Schlüsse zu, da ja die große Häufigkeit der kriminellen Aborte außer Zweifel steht.

Von den 12 beobachteten Entbindungen verliefen 9 ganz spontan, ohne jede ärztliche Hilfe, in der üblichen Zeit; von den Kindern waren 8 lebend. Weshalb das 9. tot zur Welt kam, war nicht mehr festzustellen. Dieselbe Frau hat aber später spontan noch ein lebendes Kind geboren.

Bei drei Entbindungen hat der Arzt eingegriffen: einmal wurde wegen engen Beckens die Frühgeburt eingeleitet; ferner mußte einmal die Nachgeburt gelöst werden; ein drittes Mal wurde die Wendung ausgeführt; aus welcher Indikation heraus dies geschah, konnte die Frau nicht mehr angeben. Die beiden ersten Fälle scheiden nun bei Beurteilung der Frage, ob die Vesicofixation zu Geburtsstörungen Anstoß gibt, von selbst aus: daß enges Becken oder angewachsene Nachgeburt damit nicht im Zusammenhang stehen können, darüber braucht man kein Wort zu verlieren. Uebrig bliebe dann nur noch der eine Fall, in dem die Wendung ausgeführt wurde. Da die Indikation hierzu nicht bekannt ist, kann man keinen Schluß daraus ziehen, ob etwa die Operation indirekt hierzu die Ursache abgegeben haben könnte. Da jedoch die ganze Geburtsdauer hier nur 12 Stunden betrug, und das Kind lebend zur Welt kam, so ist wohl anzunehmen, daß auch hier die Störung der Geburt keine sehr schwere gewesen sein kann. Es ist danach auch nicht ein Fall beobachtet, in dem die Vesicofixation als Ursache einer Geburtsstörung bezeichnet werden könnte. Daß sie etwa in diesem einen Falle mit der Wendung im Zusammenhang stehen könnte, dagegen spricht doch, daß die Vesicofixation in allen anderen Fällen ein Geburtshindernis nicht abgab, und daß so viele Entbindungen danach gut verliefen.

Gegen den von Ruckert aus seinem Fall gezogenen Schluß, daß die Vesicofixation zu schweren Geburtsstörungen führe, ist anzuführen, daß ja gar nicht bekannt war, nach welcher Methode die betreffende Frau operiert wurde, da ja diese Verfahren recht verschieden sind. Eben dies ist auch gegen den von Zweifel publizierten Fall von Uterusruptur zu sagen. Dasselbe ist auch Bröse entgegenzuhalten, der selbst keine konkreten

Fälle anführt, sondern nur sich zu derselben Auffassung bekennt wie Ruckert. Diese wenigen Fälle von Geburtsstörungen veranlaßten die betreffenden Autoren, die Vesicofixation abzulehnen; sonst ist nirgends in der Literatur eine ungünstige Beurteilung dieser Operation zu finden.

Einige Worte wären noch zu sagen über das Auftreten von Blasenbeschwerden nach der Operation. Unmittelbar nach derselben sind diese ja zwar häufiger beobachtet worden, jedoch sind sie im wesentlichen bald wieder verschwunden. Uebrig blieben nach unserer Aufstellung nur 8 Fälle, in denen sie bei der Nachuntersuchung noch vorhanden waren. Aber zum Teil waren diese auch nur leichter Natur, zum Teil ist wohl anzunehmen, daß sie im Laufe der Zeit auch noch verschwinden werden, da ja mehrfach beobachtet wurde, daß sie noch nach 1½ bis 2 Jahren sich völlig verloren. — Gegenüber der Zusammenstellung aus den früheren Jahren, wo sie angeblich 33 % betrugen, sind sie ja überhaupt wesentlich zurückgegangen: in unserer Reihe sind sie etwa noch mit 8 % zu verzeichnen. Das in dieser Hinsicht wesentlich bessere Resultat ist wohl zum großen Teil auf Verbesserung der Operationsmethode, Einlegen eines Dauerkatheters für 24 Stunden usw. zu beziehen.

Die in einigen Fällen angegebenen Schmerzen beim Koitus werden sich mehr oder weniger wohl nach allen Arten sowohl der vaginalen wie auch manchen abdominalen Operationen vereinzelt finden.

Als besondere Vorteile der Vesicofixation gegenüber anderen Operationsmethoden wegen Retroflexio sind noch zu nennen:

1. Die Vermeidung des Hautleibschnittes. 2. die sichere Feststellung der Mobilität des Uterus, die beim Alexander-Adams nicht möglich ist. Ebenso werden 3. eitrige Adnexaffektionen sicher erkannt und beseitigt, was beim Alexander-Adams auch nicht der Fall ist. 4. Geburtsstörungen werden vermieden. 5. Die bei Retroflexio so häufig bestehenden Endometritiden, Cervixrisse, Dammrisse, sowie Prolapse usw., werden zugleich vaginal mit erledigt. Endlich fehlen im allgemeinen erhebliche

Blasenbeschwerden und Verlegungen der Blase kommen kaum vor.

Niemals vesifixiert wird mehr in der Straßmannschen Klinik bei völlig virginellen Personen mit sehr kurzer Scheide (Brachycolpos). Ebenso wird prinzipiell laparotomiert, wenn auch nur der Verdacht auf Appendicitis auftaucht.

Aus all diesen Gesichtspunkten heraus muß man zu dem Schluß kommen, vor allem auch wegen der von uns nachgewiesenen günstigen objektiven und subjektiven Dauerresultate, daß die Vesicofixation in der in der Straßmannschen Klinik geübten Form als Normalverfahren der operativen Retroflexiobehandlung durchaus zu empfehlen ist. Sie erfüllt durchaus die Forderungen, die Adler an diesbezügliche Operationen stellt: Sie dürfen keine Gefahr in sich bergen und keine späteren Komplikationen veranlassen; der Uterus muß dauernd, auch nach Geburten, in guter Lage bleiben, und die durch die Lageveränderung verursachten Beschwerden müssen behoben sein.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Straßmann für Ueberlassung des Themas, sowie für zahlreiche Ratschläge bei der Abfassung der Arbeit und für Uebernahme des Referats verbindlichst zu danken. Ebenso spreche ich Herrn Geh. Rat Bumm für die Uebernahme des Korreferates meinen Dank aus.

Literaturverzeichnis.

Veit: Handbuch der Gynaecologie.

Mackenrodt: Die Therapie der Retroflexio uteri. Verhandl. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin am 27. V. 1892. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 24.

Dührssen: Ueber die operative Heilung der Retroflexio uteri auf Grund von 114 operativen Fällen Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 24.

Mackenrodt: Die operative Behandlung der Retrofl. uteri. Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 22.

Fehling, H.: Der heutige Standpunkt in der Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. 1901.

v. Herff: Ueber die Dauerresultate der Prolapsoperationen. Beitr z. Gebh. u. Gyn. 1901, Bd. III.

Kiwi: Entwickelung der Indicationen und Operationsmethoden bei Retroversioflexio uteri 1884—1898. Inaug.-Diss. Leipzig 1902.

Alexander, F. A.: Retroflexio-Operation. Centralbl. f. Gyn. 1903, Nr. 25.

Beuttner: Sachliche und kritische Besprechung der zur Heilung der Retrofl. uteri angegebenen Verfahren. Revue de Gynécol. 1903, Nr. 1.

Hawley, N. J.: Vesicofixation of the uterus. Amer. Gynecol. May. 1903.

Moscu, J. C.: Beiträge zur chirurgischen Behandlung der uterinen Retrodeviationen. Inaug.-Diss. Budapest 1903.

Münch: Traitement opérative des rétrodéviations utérines. Sem. méd. Paris XXIII, 1903.

Pfannenstiel: Zur Diskussion über die Behandlung der Falschlagen von Uterus und Scheide. Monatsschr. 1903, Bd. 18, H. 2.

Vineberg, H. N.: Vaginale Operationen bei Retroflexio uteri. Med. Rec., 6. Sept. 1902.

Straßmann, P.: Neue Schnittführung und Technik bei der vaginalen Laparatomie, insbesondere der Ovariotomie. Verhandl. des XI. Deutschen Gynaecol.-Kongr.

Baatz: Dauerresultate der Prolaps- und Retroflexionsoperationen. Monatsschr. 1904, Bd. 19.

Falk: Erfahrungen mit vaginalen Retroflexionsoperationen. Gebhl. Gesellschaft Hamburg, 11. Okt. 1904. Ventr. f. Gyn. 1904, Nr. 50.

Günther: Ueber operative Dauererfolge bei Retroflexio uteri und Prolapsus vaginae. Inaug.-Diss. Gießen 1904.

Queißner: Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

Barse: Les opérations correctives des retrodéviations de l'utérus et leurs résultats. Thèse de Montpellier 1905.

Richelot: Il faut redresser les retrodéviations? La Gynécologie, Oct. 1905.

Ziegenspeck: Hysteropexia praevesicalis. Münch. med. Wochenschrift 1906, Nr. 47.

Zweifel: Uterus-Ruptur nach Vesicofixation. 1905.

Pinna-Pintor, A.: Normale Schwangerschaft und Entbindung nach Vesicofixation. Giom. di. gin. e di Ped. 1903, Nr. 18. Centralbl. f. Gyn. 1905, Nr. 6.

Straßmann: Wann und auf welche Weise ist die Rückwärtslagerung der Gebärmutter zu behandeln? Berl. klin. Wochenschr. 1908, Nr. 44.

Mayer, A.: Zur Klinik der Retroflexio. Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 49.

Palm: Operative Behandlung der Retroflexio uteri fixt. Monatsschr. f. Gebh. 1908, Bd. 29.

Pagenstecher: Ueber Aetiologie, Symptomatologie und operative Behandlung der in den Jahren 1902—1907 in der Heidelberger Frauenklinik beobachteten Fälle von Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Inaug.-Diss. Heidelberg 1909.

Adler: Zur Klinik der Retroversioflexio uteri. Monatsschr. f. Geb. 1910, Bd. 32.

Dützmann: Zur Heilung der Retroflexio uteri durch Vaginivesicofixur und spätere Entbindungen. Monatsschr. f. Gebh. 1910, Bd. 32.

Hofmeier: Vergleichende Wertung der Retroflexionsoperationen. Monatsschr. f. Gebh. 1910, Bd. 32.

Ruckert: Zur Vesicofixation. Zeitschr. f. Gebh. 1910, Bd. 66.

Scott, Carlmichael: On vaginal fixation for uterine displacements. 1910.

Schauta: Vergleichende Bewertung der Retroflexionsoperationen Monatsschr. f. Gebh. 1910, Bd. 32.

Velde, van der: Vergleichende Wirkungen der Retroflexionsoperationen. Monatsschr. f. Gyn. 1910, Bd. 32.

Verhandlungen der Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. in Berlin, 25. Febr. 1910:

Bröse u. Mackenrodt: Centralbl. f. Gyn. 1910, Nr. 47.

Internat. Kongreß f. Gebh. u. Gyn., St. Petersburg:
Dützmann: Centralbl. f. Gyn. 1910, Nr. 46.

Verhandlungen der Geburtshilfl.-gynaekol. Gesellschaft in Wien, 10. Jan. 1911:

Besse: Dauerresultate der Uterusfixationsoperationen der letzten 10 Jahre der Göttinger Frauenklinik. Inaug.-Diss. Göttingen 1911.
Runge: Retroflexio uteri und ihre Behandlung. Berl. klin. Wochenschrift 1911, Nr. 31.
Bamberg: Wie sollen wir die Reflexio operieren? Centralbl. f. Gyn 1911, Nr. 41.
Czerwenka: Vesico-vagino-fixatio uteri abdominalis. 1912.

Lebenslauf.

Am 13. Oktober 1884 zu Jacobshagen in Pommern als Sohn des Kaufmanns Louis Rosenthal und dessen Ehefrau Pauline, geb. Grunwald, geboren, besuchte ich, Max Rosenthal, zunächst drei Jahre lang die Volksschule meines Heimatsstädtchens, sodann bis Ostern 1899 die Höhere Knabenschule zu Schoenlanke in Posen. Dann trat ich in die Untertertia des Kgl. Gymnasiums in Dramburg ein und bestand hier auch Ostern 1905 die Abiturientenprüfung. Von Ostern 1905 bis Ostern 1910 studierte ich in Berlin Medizin und bestand im Sommer 1910 in Berlin die ärztliche Staatsprüfung. Mein praktisches Jahr leistete ich zum Teil am Städtischen Krankenhause in Stargard in Pommern, zum Teil an der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. O. ab. Hier war ich auch noch bis 1. April 1913 als Assistenzarzt tätig. Zurzeit bin ich Sekundärarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Darmstadt.

Während meines Studiums hörte ich die Vorlesungen und Kliniken der Herren Professoren:

Waldeyer, Hertwig, Virchow, Poll, Jacobsohn, R. Krause, W. Krause, Engelmann, du Bois-Reymond, Lewandowsky, Thierfelder, Orth, Beitzke, Oestreich, Bickel, Rubner, Heffter, Lewin, v. Leyden, Kraus, Senator, F. Blumenthal, F. Klemperer, Burghardt, Staehelin, Richter, Strauß, Heubner, Ziehen, Liepmann, Bier, Hildebrand, Klapp, Borchardt, Joachimsthal, Schmieden, Greeff, Passow, Hoffmann, Olshausen, Lewinsohn, B. Fränkel, Heymann, Lesser, Bumm, P. Straßmann, v. Bardeleben, Blumreich, F. Straßmann, Pagel, Lasson, Döring, Drude, E. Fischer, Claisen, Engler, Schwendener, F. F. Schulze, Deegener, Breysig, Wölfflin, Wilamowitz-Moellendorff, Flügge, Hoffa, W. A. Nagel, Steyerer.

Allen meinen Lehrern bin ich von Herzen dankbar.